Z oddziału położniczego prymaryusza prof. Madurowicza
w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek cięcia łonowego.

Napisał

Dr. Władysław Harajewicz,
b. sekundaryusz tegoż oddziału.

Dnia 4. sierpnia 1892 r. przyjętą została do oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie A. L., wyrobnica, lat 25 licząca, z Krakowa, rodząca po raz drugi.

Pierwszy poród odbył się w tym samym zakładzie dnia 18. marca 1891 r. Wówczas, z powodu ścieśnienia miednicy II. stopnia, musiałem wymóżdżyć i zmiażdżyć główkę płodu obumarłego, donoszonego i dobrze rozwiniętego, w położeniu czaszkowem drugiem. Matka przebyła prawidłowy połóg i opuściła szpital zupełnie zdrowa d. 27. marca, t. j. w 10 dni po operacyi.

Ostatnia regularność pojawiła się w listopadzie 1891 r.

Rodząca, wzrostu małego, około 145 ctm., nie przedstawia żadnych wybitnych zboczeń w układzie kostnym wskazujących na przebycie krzywicy. Stan ogólny zupełnie dobry.

Miejscowo okazuje się: brzuch wzdęty przez macicę ciężarną w 10. miesiącu księżycowym, sięgającą dnem do

wyrostka mieczykowatego. Płód w położeniu czaszkowem pierwszem. Tętno płodu prawidłowe, 120 uderzeń na minutę, dobrze słyszalne, główka przyparta do wchodu. Bóle częste i mocne rozpoczęły się na 8 godzin przed przybyciem do szpitala.

Wymiary miednicy następujące: odstęp kolców 19, od. grzebieni 21, od. krętaczy 28, wymiar prosty zewnętrzny 17, wymiar pr. ukośny $9\frac{1}{2}$, wymiar pr. prawdziwy $7\frac{1}{2}$ do $7\frac{3}{4}$ centym.

Badanie wewnętrzne wykazało: część pochwowa zanikła, ujście zewn. zupełnie rozwarte, pęcherz płodowy pęknięty. Czasu, w którym wody odeszły, rodząca oznaczyć nie umie.

Główka płodu, przyparta małym odcinkiem do wchodu miednicy, zwrócona ciemieniem wielkiem ku stronie prawej. Ciemię to wysoko i ku tyłowi zwrócone, trudno daje się wymacać. Szew strzałkowy przebiega poprzecznie i bliżej kości krzyżowej. Kości czaszki twarde, niepodatne, szwy bardzo wązkie. Pod silniejszym naciskiem palca badającego główka ustępuje.

Promontoryum daje się łatwo dosięgnąć a cała miednica przedstawia obraz ogólnie ścieśnionej i płaskiej.

Po wspólnem zbadaniu rodzącej z Drem Kośmińskim, sekundaryuszem oddziału, który zastępywał nieobecnego prof. Madurowicza, postanowiliśmy zaczekać jeszcze trochę, w nadziei, że silne bóle, często się powtarzające, może zdołają główkę ustalić. Gdy jednak po dwugodzinnem czekaniu główka ani się nie obniżyła, ani też nie ustaliła a wśród energicznej i bezowocownej pracy macicy, znaleźliśmy ją obkurczoną koło płodu i wyraźny pierścień skurczowy na 3 palce nad spojeniem łonowem, postanowiliśmy bezzwłocznie przystąpić do rozwiązania rodzącej. Wobec wyżej wymienionych okoliczności nie mogliśmy czekać, aż płód obumrze i tak dopiero wymóżdżyć go i wydobyć; pozostawało więc do wyboru, albo cięcie cesarskie albo łonowe. Że zaś do cięcia cesarskiego brakło stanowczych wskazań, zdecydowaliśmy się wykonać cięcie łonowe, uważając je za zabieg

ułatwiający poród dziecka żywego a zbyt nie narażający matki na niebezpieczeństwa operacyi.

Za zezwoleniem Dyrektora szpitala i za uprzejmym udziałem Drów Kośmińskiego, Smorągiewicza, Choróbskiego, i Zolla, przystąpiłem do wykonania tego zabiegu.

Rodzącą ułożono w sali operacyjnej na zwyczajnym operacyjnym stole z udami spuszczonemi na dół.

Podczas usypiania wymyto pochwę dokładnie 2% rozczynem kreoliny a potem sublimatu 1 : 5000, następnie mydłem części sromne zewnętrzne i ogolono wzgórek łonowy. Całe pole operacyjne obmyto dokładnie 3% rozczynem kwasu karbolowego a następnie sublimatu 1:3000. Do cewki moczowej założono kateter metalowy.

Po zachloroformowaniu rodzącej i ukończeniu wszystkich przygotowań stanąłem po stronie prawej leżącej i poleciwszy asystentom trzymanie ud zgiętych i nieco tylko od siebie oddalonych, przeciąłem zwyczajnym skalpelem części miękkie przed spojeniem łonowem w linii środkowej. Cięcie rozpocząłem na 1 ctm. ponad górnym brzegiem spojenia a skończyłem na 1½ ctm. przed spoidłem przedniem. Kilka naczyń krwawiących podwiązałem natychmiast. Odsłoniwszy przednią powierzchnię spojenia, rozdzieliłem na tępo przyczepy mięśni prostych tak, aby wskazujący palec lewej ręki przeprowadzić poza tylną powierzchnię spojenia łonowego. Tego łatwo dokonawszy, rozpocząłem za pomocą cienkiego, gałkowatego bistura przecinać spojenie od góry ku dołowi. Palec wskazujący lewy spoczywał zawsze na gałce bistura. Musiałem go jednak usuwać od czasu do czasu, gdyż ugniatanie przez główkę, silnymi i częstymi bólami partą, wywoływało mocny ból i zdrętwienie palca. Cewnik w pęcherzu umieszczony chronił go od obrażenia.

Według rady Leopolda postępując[1]), przeciąłem naprzód ⅔ spojenia od góry, w nadziei, że obecnie zastósowana pomoc kleszczowa zdoła uwolnić główkę, tem bardziej, że po tem częściowem przecięciu główka troszkę się obni-

---

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 30. 1892.

żyła a górne końce spojenia rozeszły się na szerokość palca, t. j. mniej więcej na 1 ½ ctm. Główkę, chociaż wysoko stojącą, ujęto łatwo kleszczami Madurowicza w wymiarze skośnym; jednakże kilkakrotne, nawet forsowne pociągania nie odniosły skutku pożądanego, mimo równoczesnego spychania główki od zewnątrz.

Widziałem się przeto zmuszonym przeciąć spojenie całkowicie. Poleciłem tedy dwom asystującym kolegom ugniatanie na krętarze, aby uchronić rodzącą od nadwerężenia stawów biodrowych w razie nagłego rozstąpienia się kości łonowych. Przecięcie reszty spojenia nie stanowiło żadnych trudności; tylko po nadwerężeniu nieznacznem przednich wiązek więzadła łukowatego (*ligam. arcuatum*) wystąpiło mierne krwawienie, które dało się zatamować tamponami z gazy jodoformowej, co tem łatwiej wykonano, że teraz kości łonowe rozeszły się na 6 ½ ctm.

Jednorazowe następnie pociągnięcie kleszczami uwolniło główkę. Poród ukończył się bez żadnych dalszych trudności; łożysko uwolniono z pomocą zabiegu Crédégo.

Po porodzie wypłukano pochwę 2% rozczynem kreoliny.

Tampon wyjęty z rany był krwią przesiąkły, ale krwawienie w głębi ustało. Po zbliżeniu do siebie obu kości łonowych, założyłem szwy w sposób następujący: Naprzód dwa mocne szwy jedwabne węzełkowe, przechodzące przez odsłonięte części miękkie i okostną obu kości łonowych a następnie szew jedwabny kapciuchowy, t. j. przeprowadziłem igłę z mocną nitką jedwabną z góry na dół, równolegle do przecięcia, o 1½ cm. od jego brzegu, przez te same części miękkie na długości 3 ctm., następnie zaś tę samą nitkę i tak samo przeprowadziłem po stronie przeciwnej, tylko z dołu do góry, gdzie też oba końce tej nitki złączyłem węzłem mocno ściągniętym. Ranę skórną zespoiłem szeregiem głębokich szwów jedwabnych, węzełkowych i założyłem jeszcze jeden dodatkowy szew płytkowy, srebrny, zabierający części miekkie i okostną.

Opatrzenie założono jodoformowe i opaskę krochmalną a zewnętrznie węża Esmarcha, do okoła miednicy.

Płód płci żeńskiej wydobyty był żywy, ale omdlały i mimo usilnych parugodzinnych starań nie mógł być docuconym; umarł w 4 godziny po operacyi.

Waga płodu 3100 gr., długość 53 ctm. Czaszka twarda i niepodatna przedstawiała następujące wymiary: Obwód 35 ctm. B. T. 6 $^{1}/_{2}$ ctm. B. P. 8 $^{1}/_{2}$. F. O. 11. M. O. 13. Tran. sin. 10. Tr. d. 13.

Po lewej stronie główki znaleźliśmy zdarcie przyskórka i ugniecenie od łyżki lewej w kształcie podwójnej pręgi, z których jedna przebiegała obok zewnętrznego kąta lewego oka przez kość jarzmową i środek kości ciemieniowej, druga tuż przed małżowiną uszną. Za prawem udem zaś znaleziono krwiotok na przestrzeni odpowiadającej czworakowi, powstały z ugniecenia końcem łyżki prawej, nadto na guzie ciemieniowym tylnym, z tej samej strony, mały odcisk od tejże łyżki.

W sam dzień operacyi skarżyła się chora tylko na pieczenie w ranie zewnętrznej i na nieoznaczony ból w okolicy spojenia. Wieczorem już zaczęła utyskiwać na gniecenie przez elastyczną opaskę założoną na opatrzenie organtynowe. Dla tego opaskę tę zwolniono.

6. sierpnia. Z powodu dolegliwości, jakie pasek mimo zwolnienia sprawiał, usunięto go, poczem nastąpiła znaczna ulga. Ból w okolicy spojenia utrzymuje się a zwiększa się za uciskiem na grzebienie kości biodrowych. Mocz cewnikiem wypuszczony, prawidłowy. Ciepłota rano prawidłowa dosięgła wieczorem 38·3 bez dreszczów.

7. sierpnia r. 37·4, w. 38. Bolesność w okolicy spojenia mniejsza, chora czuje się swobodną. Odchody prawidłowe.

8. sierpnia r. 37·4, w. 37·9. Stan ogólny dobry, nabrzmiewające sutki podwiązano. Odchody krwawe prawidłowe. Brzuch nieco wzdęty z powodu zaparcia stolca. Podano olej rącznikowy.

9. sierpnia r. 37·2, w. 38·6. Nad ranem było kilka płynnych stolców, którymi zawalane opatrzenie musiano powierzchownie zmienić. Przesączyna z rany w spojeniu bar-

dzo skąpa, prawidłowa. W miejsce dawniejszego opatrzenia opasano chorą tylko dwoma zeszytymi ręcznikami, dobrze miednicę ściągając. Stawy krzyżowo-biodrowe nie zdradzają żadnej nieprawidłowości. Ruchy bierne wykonywane delikatnie kończynami dolnemi niebolesne. Macica w wysokości pępka, pochylona ku stronie prawej, dobrze ściągnięta. W jamie brzusznej nie można nigdzie wybadać żadnej bolesności. Odchody prawidłowe.

10. sierpnia r. 37·7, w. 39·6. Zmieniono całe opatrzenie. Rana skórna zgojona przez rychłozrost. Odczynu w okolicy niema żadnego. Wydzieliny żadnej, opatrzenie suche. Dotykanie spojenia, nieco obrzmiałego, wywołuje bardzo umiarkowany ból. Ucisk na grzebienie kości biodrowych nie sprawia już żadnej dolegliwości. Podniesienie ciepłoty, trwające od dni czterech, bez objawów zakażenia, gdyż brak dreszczów, powiększenia się liczby tętna, niestósunkowo do ciepłoty i pragnienia, wobec braku wszelkich zmian patologicznych w innych narządach, wskazuje, że wewnątrz dróg porodowych miękkich musi być jakieś nadwerężenie o charakterze czysto miejscowym. Mocz i stolec oddaje chora sama i bez trudności. Bierne ruchy kończynami dolnemi niebolesne.

11. sierpnia r. 37·9, w. 39·2. Stan ten sam.

12. sierpnia r. 37·5, w. 38·6. Ucisk na grzebienie kości biodrowych, nawet mocny, nie wywołuje bólu. Apetyt dobry. Sutki miękkie. Stan ogólny zadawalniający.

13. sierpnia r. 37·5, w. 39·5. Zmieniono opatrzenie. Rana zupełnie zgojona, sucha, ale szwy dobrze trzymające zostawiono jeszcze. Obrzęk spojenia znacznie mniejszy. Odchody ropiaste, obfite.

14. sierpnia r. 37·5, w. 39·3. Po podaniu olejku rącznikowego, z powodu braku stolca od 3 dni, kilka obfitych wypróżnień. Chora swobodna, śpi dobrze, apetyt dobry. Macica na dwa palce nad spojeniem, dnem ku stronie prawej nachylona.

15. sierpnia r. 37·2, w. 39·5. Zmiana opatrzenia nie wykazuje nic nieprawidłowego w ranie ani w jej okolicy. Na

kości krzyżowej utworzyła się odleżyna zupełnie powierzchowna, wielkości centa, na którą przyłożono maść z tlenku cynku.

16. sierpnia r. 37·3, w. 38·5. Stan ogólny dobry.

17. sierpnia r. 37·2, w. 37·5. Odchody ropne, jeszcze obfite. Zmiana opatrzenia. Szwy jedwabne usunięto a pozostawiono jeszcze tylko srebrny. Blizna po ranie liniowa. Spojenie w całości grubsze, co można stwierdzić i badaniem wewnętrznem. Ugniatanie nań zaledwie bolesne. Chora czuje się zupełnie dobrze, leży chętnie na bok a czynne poruszanie kończynami dolnemi nie sprawia jej najmniejszego bólu. Odchody znacznie skąpsze, nieco zaróżowione. Apetyt dobry.

Od tego dnia ciepłota nie przekroczyła 37·5 a zdrowienie postępowało bardzo dobrze.

23. sierpnia usunięto ostatni szew t. j. srebrny, przyczem pokazały się 2 małe odleżyny od płytek, pokrytych gazą jodoformową, które jednak w 3 dniach zupełnie się zgoiły. Chora zaczyna siadać.

1. września chora zaczyna schodzić z łóżka bez żadnych dolegliwości i stąpa dobrze i pewnie.

Od 6. września chodzi zupełnie swobodnie. Szpital opuściła d. 8. października w stanie zupełnie dobrym.

Ostatnie badanie wykazało zewnętrznie: Brzuch wysklepiony prawidłowo, bez żadnych wykazać się dających oporów lub obrzęków. Z dawnej rany ledwie widoczna liniowa blizna. Spojenie nie obrzękłe, nieco grubsze. Wewnętrznie: Pochwa wprawdzie dosyć wiotka, ale bez zmian; część pochwowa ujściem ku przodowi zwrócona, w przedniej wardze ubytek, dzielący ją na dwie boczne połowy. Sklepienia wolne, macica ułożona prawidłowo, nie bolesna, ruchoma.

Powyżej przytoczony opis stanu rodzącej, do szpitala przyjętej, dostatecznie, zdaje mi się, wyjaśnia i uzasadnia przyczyny, które skłoniły mnie, do wykonania zabiegu po raz pierwszy u nas zastósowanego.

Że wynik jego w jednym względzie, nie wypadł całkowicie pomyślnie, tego przyczyny szukać należy w dwóch okolicznościach, które właśnie omówić zamierzam.

Po raz pierwszy operacyę tę wykonywając, starałem się wszelkiemi sposobami, aby jak najmniej narazić chorą na ewentualne następstwa zabiegu, w każdym razie nie obojętnego. Dla tego też, przecinając spojenie łonowe, miałem na myśli radę Leopolda [1]), który w przypadkach ścieśnień miednicy krzywiczej płaskiej, przecina tylko $^3/_4$ wysokości spojenia, otwierając, jak sam powiada, wrota o tyle tylko, ile tego konieczna wymaga potrzeba. Zdanie to, teoretycznie biorąc, może się zupełnie słusznem wydawać a chronienie rodzącej, o ile możności, od fatalnych następstw niezrośnięcia się obu końców kości łonowych, przemawia bardzo za humanitarnem i zachowawczem postępowaniem słynnego operatora. Praktyka jednak, przedstawia inaczej tą kwestyą. Naprzód więc, w całym szeregu ogłoszonych dotychczas przypadków cięcia łonowego, nie znajdujemy ani jednego, któryby się zakończył niepomyślnie, ze względu na dalsze zdrowie pacyentki, ba nawet znanych jest 3 przypadki Spinellego [2]), który na 24 podobnych operacyj, powtórzył 3 razy ten sam zabieg z wynikiem zupełnie pomyślnym, tak dla matki, jak i dla płodu.

Powtóre w przecięciu całego spojenia łonowego głębokość i wielkość cięcia zależą zupełnie od operatora. Ostrożnie bowiem postępując i prowadząc cięcie, trudno nadwerężyć jakikolwiek organ, którego uszkodzenie mogłoby zagrażać niebezpieczeństwem natychmiastowem lub następowem kalectwem. Chodzi tu bowiem głównie o ciała jamiste i pęcherz moczowy.

Przecinając zaś tylko część spojenia, gdy następnie poród kleszczami ukończyć należy, nie możemy mieć pewności, czy reszta spojenia, nie ulegnie sile rozpychającej, wywartej pociągnięciami przyrządu. Tem zaś łatwiejszem jest to powikłanie, że tkanina już nadcięta a zatem w swej ciągłości przerwana łatwiej rozedrzeć się może, a gdzie się rozdarcie skończy, tego operator ani wiedzieć, ani przewi-

---

[1]) l. c.

[2]) Annales de Gynécol. ze stycznia 1892 r.

dzieć nie może. To częściowe przecięcie spojenia, było powodem, że usiłowanie wydobycia główki kleszczami spełzło na niczem, gdyż wymiar prosty miednicy, nie powiększył się dostatecznie. Że zaś pociągania były silne, więc też i wywołały uszkodzenia na główce płodu, które ostatecznie stały się przyczyną jego następowego obumarcia.

Ale też i w zastósowaniu kleszczy, upatruję drugi powód, niepomyślnego wyniku operacyi. Główka, jak to wyżej wspomniałem, nie była ustalona; należało ją więc nad wchodem ująć w kleszcze i tak wzdłuż osi miednicy, sprowadzić do wchodu z próżni. Do przeprowadzenia zaś tego niezbędnemi są prawie kleszcze Tarniera lub Breussa, jeżeli chcemy uchronić główkę od nadwerężeń znaczniejszych. Niestety, instrumentaryum oddziałowe nie posiadało tych przyrządów; musiano przeto użyć kleszczy Madurowicza, które w innych przypadkach wyborne, w tym nie mogły spełnić zadania. Mimo to jednak sądzę, że, chociaż ostateczny wynik operacyi nie był tak piękny, jak w przeważnej liczbie podobnych przypadków, to w każdym razie rzecz niewątpliwa, że w przypadku, w którym ani myśleć nie było można o urodzeniu płodu donoszonego, żywego, z pomocą cięcia łonowego wydobyliśmy płód żywy a matka wyszła zdrową.

Obecnie zapatrywania się specyalistów, polegające częścią na własnem doświadczeniu, częścią na danych statystycznych, ogłaszanych co raz liczniej na korzyść tej operacyi, tak dalece przemawiają za tym zabiegiem, że jeden z najznakomitszych francuskich położników a konserwatysta w swym zawodzie, Pinard, wspomina w swej pracy [1]) o cięciu łonowem, że na 1800 porodów, w roku 1892 obserwowanych w klinice Baudelocqua, nie wykonano ani razu wymóżdżenia na żywym płodzie, pomimo bardzo wielu przypadków znacznych ścieśnień miednicy, z jakiemi miał do czynienia.

Dopóki też naukowe prace i spostrzeżenia szkoły neapolitańskiej w tym względzie nie utorowały drogi powszech-

---

[1]) Annales de Gynécol. z grudnia 1892 r.

nemu dzisiaj uznaniu dla cięcia łonowego, miało wymóżdżenie żywego płodu, swe ścisłe i bezwarunkowe wskazania, które jednak obecnie ustąpią zapewne wskazaniom dla wydobytej z zapomnienia operacyi a ścieśnią znacznie granice, cięcia cesarskiego bez stanowczych wskazań.

Nie podobna mi tu wyliczyć szczegółowo wszystkich okoliczności, w których należy wykonać cięcie łonowe, albowiem zabrałoby to zbyt wiele miejsca i czasu a da się w krótkości streścić.

Cięcie łonowe wskazanem jest we wszystkich tych przypadkach, w których dotąd uciekano się do wymóżdżenia płodu żywego, jakoteż i w tych, w których ze względu na niestósunek porodowy w położeniach podłużnych oczekiwano obumarcia płodu, aby dopiero nieżywy zmniejszyć i wydobyć z łona matki. Czy się to zatem odnosić będzie do ścieśnień miednicy drugiego stopnia, z płodem prawidłowo rozwiniętym, czy do ścieśnień w mniejszym stopniu z płodem rozwiniętym nadmiernie, to w tych granicach cięcie łonowe znajduje swoje warunki i wskazania. Po za niemi ustąpić musi miejsca innym zabiegom. W ogóle naturalnie, jak w wielu innych kwestyach, tak i w tej, należy uwzględnić koniecznie stósunki indywidualne, według których trzeba kierować się w wyborze sposobu prowadzenia porodu.

Aby jeszcze wyjaśnić dokładniej i poprzeć kwestyę cięcia łonowego, ogólnie już dzisiaj przyjętego, podaję tutaj rysunki szematyczne, według panów Farabeufa i Varniera [1]) a przedstawiające stosunki wymiarów miednicy więcej (fig. I) i mniej (fig. II) ścieśnionej, przed operacyą i po operacyi.

Z nich widzieć można, iż zwiększenie się rozmiarów miednicy po przecięciu spojenia jest bardzo znaczne i bardzo wyraźne. W miednicach nawet więcej ścieśnionych skutek przecięcia jest znacznie wybitniejszy, aniżeli w miednicach obszerniejszych, a co za tem idzie, że i rezultat operacyi musi być w jednym i drugim przypadku pomyślny tak dla płodu, jako też i dla rodzącej, względnie matki.

---

[1]) Annales de Gynécologie ze stycznia 1892 r.

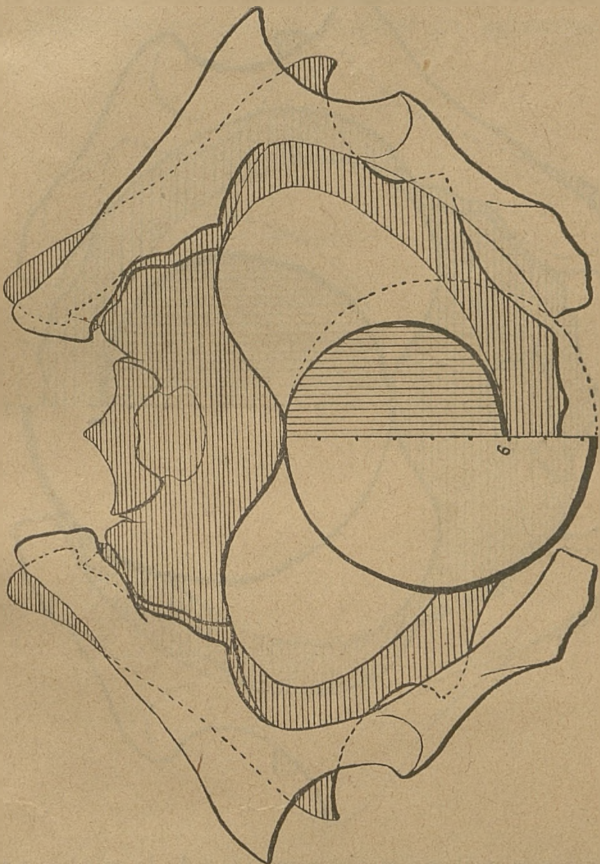


Fig. I.

Przecięcie poziome w płaszczyźnie wchodu miednicy znacznie ścieśnionej, której wymiar prosty wynosi 6 ctm.

Część kreskowana przedstawia stosunki przed przecięciem.

„ biała zaś po przecięciu spojenia, które rozstąpiło się na 6 ctm.

Wymiar prosty fig. białej po przecięciu ma się w stósunku do wymiaru prostego fig. kreskowanej przed przecięciem jak 84:60; objętość zaś fig. białej, stosunkowo do obj. fig. kreskowanej jak 310:113, zatem prawie potrójna.

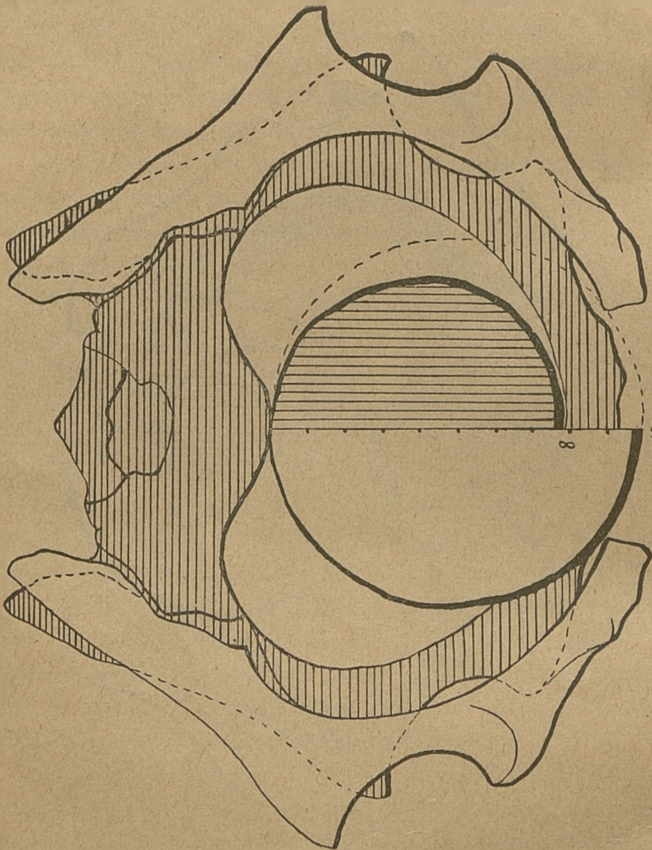


Fig. II.

Przecięcie poziome w płaszczyźnie wchodu miednicy miernie ścieśnionej, której wymiar prosty wynosi 8 ctm. Część kreskowana przedstawia stosunki przed przecięciem, biała zaś część po przecięciu spojenia łonowego, które rozstąpiło się na 6 ctm.

Wymiar prosty fig. białej po przecięciu ma się w stósunku do wymiaru prostego fig. kreskowanej przed przecięciem jak 98:80. Objętość zaś fig. białej stósunkowo do obj. fig. kreskowanej jak 488:267, zatem prawie podwójna, czyli, że płód o wadze 3000 gr. byłby mniejszym w stósunku do rozciętej miednicy, aniżeli płód o wadze 2000 gr. dla miednicy nienaruszonej.

Na końcu wyrazić muszę serdeczne podziękowanie kol. Drowi Kośmińskiemu, który pod nieobecność prymaryusza Prof. Madurowicza, odstąpił mi wykonania tej operacyi, i Prof. Madurowiczowi, który przystał na ogłoszenie tego przypadku.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ r. 1893. Nr. 20 i 21.

Kraków, 1893. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.